

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No.: आवेदन संख्या: N/0123/2156

APPLICATION DATE: आवेदन तिथि 19/01/2023

NAME of APPLICANT: आवेदक का नाम Devamma

AGE-YEARS उम्र-वर्ष 70
SEX लिंग F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME: पिता/पत्न्य का नाम W/o Bhujangappa

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Hasanur Chamraj Nagar

Hasanur Karnataka

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above



Preop postop
2156 Devamma

OCCUPATION: व्यवसाय Home maker

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME: कुल वार्षिक आय 10,000/-

(Attach Proof of Income)
(आय का साक्ष्य संलग्न करें)

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर पayer हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं)

Yes / No
हां / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1	HB mahesh	46	M	Son

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिये विधि आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) अल्प आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किए गये विनती का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1	Diagnosis BC cathact LF cathact
2	Surgery LF cathact + DCR

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशि
1	DBCS	2000/-

1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Kashioka Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.

1) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन प्रमाण पाया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।

2) मैं यहाँ पर सहायता यदि "कोशिका फाउन्डेशन" से ली जा रही है, इसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।

3) मैं यहाँ पर बता रहा हूँ कि मैं इस सहायता से पहले किसी अन्य स्रोत से, इस सहायता का समस्त हिस्सा किसी अन्य स्रोत/नियोक्ता/बीमा कम्पनी से न ले चुका हूँ और न ही भविष्य में लूँगा।

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koushika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस उद्धरण पर अपने प्रतिक्रिया या प्रतिक्रिया को ज्ञान प्राप्त करने, मैं (आपके) अपनी प्रतिक्रिया को प्रेषित करता हूँ एवं "कोमिका प्रार्थना और उसके न्यायोचित" को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फ़ोन नंबर को विवरण इस प्रश्न में प्रेषित है, उसे "कोमिका" द्वारा प्रसारित, रक्त, पाचनार्थक सुले उपदेश से जुड़ी प्रतिनिधित्व और प्रत्यक्षता को दिने किसी भी प्रकार माध्यम से प्रसारित करने को लिए अधिकृत है। यह उद्धरण का विवरण और उद्धरण के प्रत्येक या बाद में करने को लिए "कोमिका प्रार्थना" व प्रसारित अधिकृत है।

2) मैं (आवेक) इस बात से सहमत हूँ कि ये नज़्म, गज़ल, फ़ारसी और विल्लन में कि साधारण के दर्दों से ग्रसित है मुझे मना, साधारण का इकबाल नहीं करता। इस सम्बन्ध में "कोशिका" इसका प्रत्यक्ष ज्ञापितों का निर्णय लेलिया और सम्भवतः होगा।

आपका ज्ञान और अनुभव हमारे लिए अमूल्य है।



By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Keshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकार हमारा ही हैं जो से सफल/पूरी को "बोरोफा पायमेंट्स" से विविध साहाय्य हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (इन्फोएड) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो बर्लिन और न ही म्यूनिख में किसी सभाया किसी रैर साकारी संस्था या किसी अन्य स्वरूप से उच्च श्रेणी/पायल में लोग या तो रहे हैं, वेत कि इनने "कोशिका फाइनेन्स" से विष्वाविश्वविद्यालय प्रकाश में सम्पन्न में "कोशिका फाइनेन्स" द्वारा मदद हेतु कि है। यदि "कोशिका फाइनेन्स" द्वारा सभाया विपरीत अतिरिक्त/अन्य हेतु समुदा नहीं किया जाया है तो अनपराध किसी अन्य रैर साकारी संस्था या किसी अन्य स्वरूप से सभाया लेने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस मुद्दे में स्पष्ट कहा जाता है कि अनपराध द्वितीय मदर उच्च श्रेणी/पायल हेतु किसी रैर साकारी संस्था या किसी अन्य स्वरूप से नहीं लेना/पाने।

2. "कोशिका पञ्चमहाभूत" से तो कई संस्थापक संगठन निर्मित प्रकृति की हैं। रोटी पर इस्तेमाल द्वारा दो गई सात या कितने गये उपहार/अभिधा का चुनाव रोटी एवं हस्तगत के बीच का विषय है और "कोशिका पञ्चमहाभूत" द्वारा किसी प्रकार का कार्य प्रभाव नहीं है। इसीलिए हस्तगत में रोटी के इस्तेमाल सुझा और जाने जाने की सारी जिम्मेदारी रोटी एवं हस्तगत की होगी और "कोशिका" की कोई भीनका या जिम्मेदारी इस सन्दर्भ में नहीं होगी।

स्वीकृतो मे विप्रः शंकराक्षि

Date of Surgery
ऑपरेशन की तारीख

19/1/2023

Laxmi Dorenavar
(Name of the Candidate)
MBBS, MS, FRCS, FICO
(Qualification)

Consultant - Phaco & Refractive
KMC No. 90744

Mr. Lakshmi pathi N
Manager, Outreach
(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory
on behalf of Hospital)
(A unit of Shree Siddhanta Hospital & Trust)
44, Thiruvalluvar Street, Anna Nagar, Chennai - 600 069

SIGNATURE of TRUSTEE 1

ज्यामी इश्ट्या ।

Satzung

SIGNATURE of TRUSTEE 2

संख्या: २

2022